

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 497

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Théodule BLONDET

Né à Bouhy (Nièvre), le 7 février 1891
Croix de Guerre

DE LA GESTATION

dans les

Cornes utérines rudimentaires

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

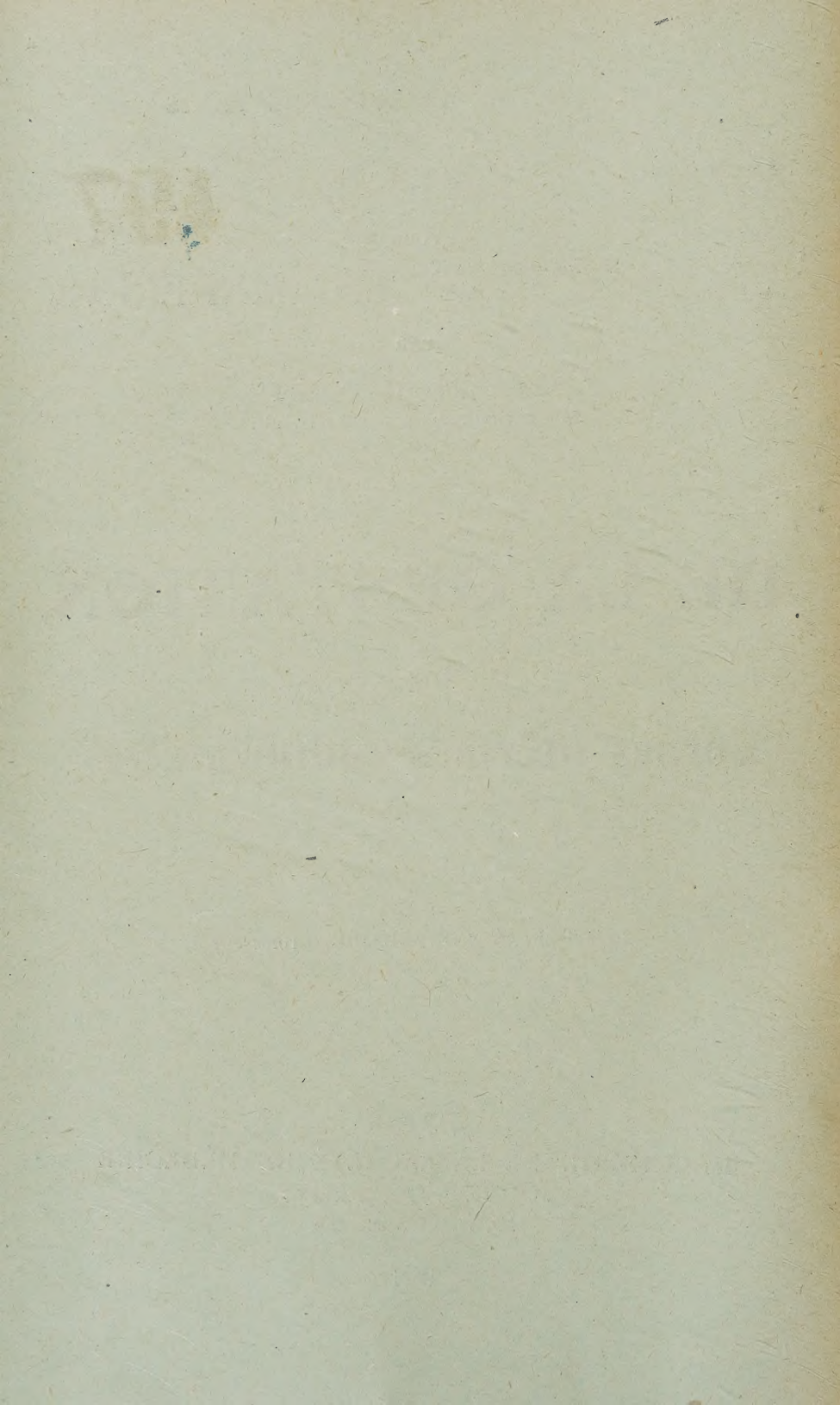
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921



497

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Théodule BLONDET

Né à Bouhy (Nièvre), le 7 février 1891
Croix de Guerre

DE LA GESTATION

dans les

Cornes utérines rudimentaires



Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoulLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLEIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale

à la Clinique Baudelocque

Chevalier de la Légion d'honneur

Respectueux hommage.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur CHANTEMESSE (Hôtel-Dieu)
(*in memoriam*).

M. le Docteur BOURCY (Laënnec).

M. le Professeur QUÉNU (Cochin).

M. le Professeur MARFAN (Enfants-Assistés).

INTRODUCTION

L'appareil génital de femme dont nous nous occupons dans cette thèse est constitué par :

1° Un vagin unique et un col unique d'aspect normal ;

2° D'un demi-utérus s'ouvrant dans le vagin par le col, demi-utérus pourvu d'une trompe et d'un ovaire normaux et relié à la région inguinale par un ligament rond normal ;

3° D'une corne rudimentaire pourvue d'une trompe, d'un ovaire et d'un ligament rond à peu près normaux, et relié au col par un pédicule plus ou moins grêle.

Cette malformation est due à un arrêt de développement du segment d'un canal de Müller situé au-dessous de l'insertion du ligament rond.

Lorsque l'ovule fécondé se fixe dans la corne rudimentaire, la gestation y évolue et c'est l'étude de cette gestation qui fait le sujet de notre travail.

DE LA GESTATION

dans les

Cornes utérines rudimentaires

CHAPITRE PREMIER

ETUDE ANATOMIQUE

I. Le vagin est habituellement à cavité unique, le cul-de-sac latéral du côté de la corne rudimentaire est moins profond que de l'autre côté. Dans deux observations (1) on stipule des crêtes longitudinales, vestige probable d'une bifidité rudimentaire.

II. Le col est unique.

III. L'utérus est bicorne. Une corne (le demi-utérus) est normale et fait suite au col, nous ne l'étudierons pas.

L'autre est atrophiée, rudimentaire. Pour faciliter l'étude, on peut la diviser en deux segments : l'insertion du ligament rond (servant de point de démarcation).

A) *Le segment supérieur* est le moins atrophié.

1. L. Hénault, Observation II et III, *Journal belge de Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1914, n° 7, p. 508 à 516.

C'est un organe creux le plus souvent, semblable à la corne du côté opposé, communiquant avec la cavité péritonéale par l'intermédiaire d'une trompe perméable à peu près normale.

L'ovaire et son ligament sont normaux.

La constitution anatomique est macroscopiquement normale, c'est-à-dire qu'il y a de l'extérieur à l'intérieur une tunique séreuse (le péritoine, une tunique musculuse, une muqueuse).

Au point de vue histologique, nous dirons seulement quelques mots. Dans la musculuse, il y a prédominance du tissu conjonctif qui englobe les quelques fibres musculaires dissociées existantes. Quant à la muqueuse, elle est, suivant les cas, plus ou moins bien développée, l'insuffisance de la muqueuse est plus fréquente que son développement complet. En général, elle est privée ou pauvre en glandes. Lors de la formation d'une caduque, celle-ci sera elle-même insuffisante : par places elle pourra faire complètement défaut.

B) *Le segment inférieur* est le pédicule qui réunit la corne rudimentaire au col. L'insertion sur l'utérus a lieu généralement à la hauteur de l'orifice interne du col. Il peut s'insérer aussi plus haut. La forme la plus fréquente paraît être celle à section ovale à grand axe vertical. Il est assez souvent aplati dans le sens antéro-postérieur. La longueur est variable (2-3 centimètres).

Le pédicule est de constitution musculaire, généralement imperforé (15 fois seulement sur 150, on a

noté la présence d'un canal perméable). Quand le canal existe, il est toujours microscopique.

Le ligament large, du côté rudimentaire, est plus bas que celui du côté sain, le repli de Douglas est plus effacé, les culs-de-sac anté et rétro-utérins sont moins profonds du côté du sac.

La disposition des vaisseaux est fort mal connue et très irrégulière.

CHAPITRE II

MIGRATION DE L'OVULE ET DU SPERMATOZOÏDE

Trois cas doivent être envisagés :

1° L'ovaire porteur du corps jaune, la corne utérine rudimentaire sont du même côté, et le pédicule est perméable :

Dans ce cas la fécondation se fait normalement. Mais c'est l'exception, puisque quinze fois seulement nous avons trouvé un canal perméable.

2° L'ovaire porteur du corps jaune, la corne utérine rudimentaire sont du même côté, et le pédicule est imperforé :

Dans ce cas les spermatozoïdes sont obligés de passer dans le demi-utérus, la trompe normale, traverser la cavité péritonéale pour aller gagner l'ovaire du côté de la corne rudimentaire.

3° L'ovaire porteur du corps jaune est du côté opposé à la corne rudimentaire et le pédicule est imperforé. Dans ce cas les spermatozoïdes arrivent directement sur l'ovule, mais celui-ci, avant ou après fécondation, devra traverser la cavité péritonéale.

Nous voyons donc que dans la majorité des cas, la gestation implique la migration transpéritonéale soit de l'ovule, soit du spermatozoïde, soit peut-être de l'un et de l'autre.

CHAPITRE III

FIXATION ET DÉVELOPPEMENT DE L'ŒUF

Selon que la muqueuse sera bien développée ou insuffisante, l'insertion sera du type utérin normal ou du type tubaire.

Le type tubaire implique un manque ou une insuffisance de caduque.

Dans ce cas le placenta pénètre la paroi, fait corps avec elle et ne peut en être détaché. Il n'y a pas trace de cellules déciduales ou tout au plus quelques rares groupes isolés insignifiants. Les villosités ne sont séparées des éléments maternels que par une raie de fibrine qui, par places peut manquer. Elles entrent en contact avec les fibres musculaires, s'insinuent entre elles, les dissocient abordent la région vasculaire de la paroi et se groupent autour des vaisseaux.

Elles arrivent ainsi à désorganiser la couche musculaire et à désorganiser profondément sa circulation et sa résistance.

Au fur et à mesure de son développement, la corne gravide rudimentaire fait une saillie plus marquée que l'utérus dans la cavité péritonéale ; elle prend une forme ovale à grand axe oblique de

haut en bas, et de dehors en dedans, et reste toujours latérale grâce à la fixité de sa base au niveau du ligament large.

Si l'on fait une coupe selon l'axe du ligament large on peut diviser la paroi en deux parties :

1° **La partie supéro-antérieure** est entièrement recouverte par le péritoine, libre d'adhérences le plus souvent ; elle est distendue, amincie, épaisse de 2 ou 3 millimètres. Le développement du sac foetal se fait presque exclusivement à ses dépens : c'est le point faible du sac ; c'est là que se fait la rupture quand elle se produit.

2° **La partie inférieure** ou juxta ligamentaire est condensée, hypertrophiée, très musclée, d'une épaisseur de 2 ou 3 centimètres. Elle s'étend depuis l'implantation du pédicule jusqu'aux insertions du ligament rond, de la trompe et du ligament ovarien. Au cours du développement de la gestation, l'écartement entre ces différents points varie peu : c'est la partie fixe de la corne. A mesure qu'elle se développe, les annexes attachées à cette partie fixe semblent de plus en plus s'enfoncer dans le petit bassin.

Le pédicule de la corne gravide s'hypertrophie lui aussi au cours la gestation : les dimensions et sa forme dépendent du degré de développement de la corne rudimentaire : à une corne bien développée correspond un pédicule gros et court ; à une corne mal développé, correspond un pédicule long et grêle.

Le ligament rond du côté de la corne gravisée s'hypertrophie de même.

La trompe et l'ovaire restent normaux.

Quant au corps de l'utérus unicorne il présente quelques particularités : il est toujours incliné latéralement sur le col, et souvent un peu en arrière. De plus il s'hypertrophie : pendant le développement de l'œuf, l'accroissement est d'abord rapide, puis il se ralentit. Il y a d'assez grandes variations d'un cas à l'autre.

CHAPITRE IV

EVOLUTION DE LA GESTATION. — COMPLICATIONS

La gestation développée dans une corne utérine rudimentaire est une affection assez rare : nous avons relevé 154 cas. Nous n'avons pu recueillir des renseignements que sur 150.

Cette anomalie se rencontre surtout chez les multipares. Dans leurs antécédents, les accouchements normaux ou au voisinage du terme s'observent dans une proportion relativement élevée. Quelques-unes ont eu 4 ou 5 enfants : D'autres ont eu des présentations vicieuses (présentation du siège en particulier dans notre observation n° 4 : la première gestation se termina par une présentation du siège : la deuxième se termina par une présentation du siège décomplété mode des fesses).

Le plus souvent, les gestations antérieures ont été interrompues par des accouchements prématurés, cela peut s'expliquer par le peu d'étoffe de l'utérus unicolore.

Il est probable que la gestation peut se développer

simultanément d'un côté et de l'autre : les cas de Day, de Elbing semblent le démontrer (1).

De même les cas de Haydon et Smith, et de L. Meyer peuvent être interprétés soit comme gestations géminaires dans une corne rudimentaire, soit plutôt (2) comme gestations successives développées dans la même corne.

On a vu des gestations de l'utérus unicorne évoluer pendant la rétention du fœtus mort dans la corne rudimentaire. Dans le cas de Van Deen, par exemple, la gestation alla à terme sans encombre. Dans le cas de Küstner, elle fut interrompue par avortement au quatrième mois. Enfin Bazterrica opéra d'un kyste fœtal (3) de la corne rudimentaire une femme qui était au cinquième mois d'une gestation utérine et qui continua sa gestation sans accidents.

En tous cas, jamais l'évolution ne peut être normale puisque le fœtus ne peut être extrait par les voies naturelles (la corne utérine rudimentaire ne communiquant pas avec le col).

Il y aura toujours des complications dont les plus fréquentes sont par ordre de croissance :

La torsion du sac ;

La mort prématurée du fœtus avec rétention ;

La mort du fœtus à terme avec rétention ;

La rupture du sac.

I. — La torsion du sac. — Le cas sera étudié plus loin au chapitre des observations.

II. — **La mort prématurée du fœtus.** — Nous avons constaté cet accident trente fois sur 150 cas.

Il est beaucoup moins fréquent que dans la gestation tubaire, et de plus il apparaît beaucoup plus tard. Tandis que dans la gestation tubaire on l'observe dès les premières semaines ; ici il se produit le plus souvent aux quatrième, cinquième mois et même au delà :

Aux	1 ^{er}	2 ^e , mois	1 fois
A	3	—	2 —
A	4	—	7 —
A	5	—	6 —
A	6	—	4 —
A	7	—	6 —
A	8	—	4 —

III. — **La mort du fœtus à terme : ou au voisinage du terme.** — Nous avons rencontré ce cas quarante fois sur 150.

Ceci n'existe pour ainsi dire jamais dans les gestations tubaires.

Quand le fœtus est mort la rétention commence.

Une fois la rétention constituée on peut n'assister à aucun accident, tant que celle-ci reste aseptique. Par contre si des germes venus, soit par voie sanguine, soit par contiguïté viennent infecter l'œuf retenu, on voit éclore des phénomènes graves, le plus souvent mortels. Ce sont des accidents rares : ils se sont produits deux fois seulement : le premier après trente ans de rétention, le deuxième après quatre ans.

Cette notion doit dicter la conduite à tenir sitôt le diagnostic posé.

IV. — **La rupture du sac.** — C'est la complication la plus fréquente, nous la trouvons soixante et une fois sur 150 cas.

Ici encore, il s'agit d'un *accident tardif*. Il se produit presque toujours après le troisième mois, avec un maximum de fréquence aux troisième, quatrième cinquième mois et peut encore se produire très près du terme.

Ainsi on constate :

Aux 1 ^{er} , 2 ^e mois	7 ruptures
3 ^e	14 —
4 ^e	24 —
5 ^e	13 —
6 ^e	2 —
8 ^e	1 —

La rupture se produit au point que nous avons vu aminci par la distension, c'est-à-dire au pôle supéro-interne du sac.

Il s'agit toujours de déchirures considérables, se produisant brusquement et s'accompagnant d'hémorragie foudroyante.

La survie est l'exception si l'opération n'est pas pratiquée à temps.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic clinique précis avant le cinquième mois présente les plus grandes difficultés et ne peut être fait qu'exceptionnellement.

En effet tant que la gestation évolue sans accident, elle s'accompagne d'un minimum de symptômes. Ce sont ceux d'une grossesse utérine : suppression des règles, apparition de phénomènes dits sympathiques, tout cela est normal et n'incite pas la femme à se faire examiner. Cependant dans trois de nos observations nous voyons signalées des métrorragies et expulsions de membranes dès le début.

L'examen objectif de la femme peut fournir des renseignements plus précis. A mesure que l'œuf se développe la palpation décèle sa situation latérale, l'orientation plutôt transversale de son grand axe.

Mais ici, comme toujours, c'est le toucher combiné au palper qui montre que la tumeur de consistance rénitente est en relation avec un utérus plus ou moins hypertrophié, mais jouit vis-à-vis de lui d'une certaine indépendance. Les déplacements imprimés à la tumeur peuvent permettre de sentir la

mise en tension du pédicule qui les rend solidaires. Plus difficile à apprécier doit être la situation des annexes et du ligament rond par rapport au sac fœtal, signe anatomique sur lequel Guillaume insiste mais qui doit être cliniquement délicat à découvrir : la contractilité du sac, sous la main qui l'explore, peut être par contre plus facile à percevoir et prend alors une valeur décisive.

Les erreurs quel'on peut commettre sont multiples. Une fois le diagnostic de grossesse bien établi, on peut prendre l'utérus unicorne hypertrophié pour un utérus réellement gravide et le sac fœtal latéralement situé et solidaire de cet utérus pour une tumeur utérine pédiculée.

Plus rarement on pourrait être trompé par la rénitence de la tumeur, croire à un kyste ovarique développé dans l'épaisseur du ligament large, ou à un kyste du parovaire.

La perception du ligament rond, quand elle est possible, au pôle externe de la tumeur pourrait faire croire à une grossesse interstitielle, mais dans ce cas la tumeur fœtale fait corps avec l'utérus, elle lui est intimement accolée et ne présente pas l'indépendance relative que la corne rudimentaire doit à son pédicule.

Enfin, l'erreur de beaucoup la plus fréquente au cours des premiers mois, consiste à croire à une gestation tubaire en évolution. Le diagnostic différentiel est le plus souvent très difficile, la situation du ligament rond et de l'insertion tubaire est malai-

sée à préciser sauf sur des femmes maigres, faciles à palper et de préférence placées sous chloroforme.

Seule la recherche de la contactilité du sac foetal peut donner la clef du diagnostic.

Quand la gestation atteint ou dépasse le cinquième mois, les éléments du diagnostic se présentent : l'auscultation du cœur foetal permet de situer l'œuf. La situation latérale, la recherche de ses rapports avec la corne non gravide, la mise en tension du ligament rond, plus facile qu'au cours des premiers mois, diminuent les chances d'erreur.

Quant à la gestation tubaire, il est exceptionnel de la voir évoluer aussi loin.

En résumé le diagnostic est d'autant plus facile que la gestation est plus avancée. L'essentiel est de diagnostiquer le siège ectopique de l'œuf.

Le diagnostic étant fait, il faut appliquer à cette dangereuse gestation la règle de conduite adoptée pour les gestations ectopiques. Règle formulée ainsi par M. le professeur Pinard :

« Toute grossesse ectopique diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. »

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement sera donc chirurgical.

Il consistera, autant que possible dans l'extirpation de la corne gravide sans l'ouvrir. Nous l'enlèverons avec sa trompe, mais nous laisserons l'ovaire s'il est normal. Et de plus nous respecterons le demi-utérus et la trompe du côté opposé.

Nous passerons par la voie abdominale (laparatomie sous-ombilicale) en prenant les quelques précautions suivantes :

1° L'excision de la corne gravide devra être faite assez loin du ligament large c'est-à-dire aussi près que possible de la zone amincie et mal vascularisée. On aura ainsi toutes les chances possibles d'éviter une hémorragie.

2° La section du pédicule sera faite assez loin de l'utérus, pour que sa paroi ne risque pas de se trouver amincie après rétraction des fibres musculaires.

3° Le ligament rond, après sa section au ras de la corne rudimentaire pourra ensuite être suturé à l'utérus.

Ceci est le traitement à appliquer dans les pre-

miers mois de l'évolution de la gestation. Mais après le septième mois alors que le fœtus est viable, devons-nous attendre le voisinage du terme ? Sans doute, la vie du fœtus est une chose à considérer. Mais il faut se rappeler que la rupture de l'œuf peut se produire, que la mort du fœtus s'observe également à cette période et que de plus, quand les accidents se produisent, ils sont de gravité extrême pour la mère. Notre avis est d'opérer immédiatement encore ; sauf le cas où la mère hospitalisée, soumise à un repos complet au lit, pourra être surveillée de très près, et être opérée aussi rapidement que les circonstances l'exigeraient. On attendrait alors le voisinage du terme.

Nous ferions dans ce cas particulier une césarienne suivie d'hémi-hystérectomie.

L'opération ainsi comprise donne des résultats parfaits pour les mères (91 guérisons sur 94 opérations. Les malades ainsi opérées ont eu plusieurs fois (9 fois) ensuite, des gestations normales du côté bien développé.

En opérant des gestations en évolution au voisinage du terme on peut espérer extraire des fœtus vivants. Il n'existe jusqu'ici qu'un exemple de ce genre : c'est le cas de Serejnikoff, où un fœtus, pesant 2.400 grammes fut extrait par laparotomie au huitième mois de la gestation : il ne survécut que six heures (1).

Ce cas est encourageant : la mort du fœtus ne paraissant pas due à un défaut de développement. En

effet les malformations fœtales sont rarement constatées : 3 cas seulement sont signalés :

1° Pied bot et hernie ombilicale dans le cas d'Engstroëm ;

2° Eventration dans le cas de Schramm ;

3° Torticollis et ankylose du coude dans le cas de Werth (2).

Chacune des complications sera traitée selon le mode qui lui convient, mais ceci nous entrainerait trop loin.

1-2. Thèse de Guillaume. Paris 1911, p. 58.

OBSERVATIONS

Notre travail repose sur 150 observations : les 146 publiées dans la thèse de Guillaume, Paris, 1911, et 4 nouvelles.

De ces quatre dernières, nous en avons trouvé une dans la revue *la Gynécologie*, Paris, 1912, tome 16, page 173 (M. Schauta).

Les trois autres nous ont été communiquées par notre président de thèse M. le professeur Couvelaire.

Deux ont paru dans le *Journal belge de Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1914, n° 7, pages 508 à 516 (L. Hénault).

La quatrième est inédite, elle a été prise dans le service de M. le professeur Couvelaire par MM. les D^{rs} Eudes et Rivière, l'étude histologique a été faite par le D^r Lelièvre chef du laboratoire de la clinique Baudelocque.

Cette observation fait connaître une complication de la gestation développée dans une corne rudimentaire, non encore signalée : *la torsion du sac*.

OBSERVATION I

*Grossesse prolongée développée dans une corne utérine
rudimentaire (Schauta)*

Il s'agit d'une femme qui avait eu ses dernières règles en avril 1910 et que Schauta vit en mai 1911 : elle ne sentait pas remuer son enfant depuis le commencement de mars. On trouve une tumeur de consistance molle qui arrive à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde et s'étend latéralement des deux côtés jusqu'à la ligne axillaire ; au-dessus de la symphyse pubienne on sent une partie fœtale dure et ronde. Au toucher l'utérus paraît petit, repoussé à gauche. On pense à une grossesse extra-utérine prolongée : l'opération démontra que la gestation s'était développée dans une corne utérine rudimentaire : une coupe passant par le pédicule de la tumeur montre une masse musculaire compacte sans lumière, ce qui prouve que cette corne était complètement indépendante du reste de l'utérus.

OBSERVATION II

*Grossesse dans la corne rudimentaire de l'utérus bicorne unicol
(Hénault)*

Mlle X..., 21 ans, ménagère, Bruxelles, 1912, rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans : règles douloureuses, irrégulières, en avance souvent, mêlées de caillots, flueurs blanches fréquentes.

Dernières règles datent du 15 mai, 20 juin des hémorragies abondantes se produisirent accompagnées de douleurs, l'ap-

petit devint mauvais, des vomissements apparurent, douleurs dans le côté droit et le bas-ventre, écoulement hémorragique, augmentation du ventre et des seins. Dans le flanc droit il y a une tumeur arrondie, lisse, volumineuse, remontant un peu au-dessus de l'ombilic : flanc gauche libre. Le vagin présente à sa paroi supérieure une crête charnue, le col ne présente qu'un seul orifice.

Dans le cul-de-sac de Douglas rien, dans le cul-de-sac latéral gauche, l'utérus situé en rétro-latéro-flexion. Dans la fosse iliaque droite : volumineuse tumeur, allongée de consistance kystique. Par frictions elle durcit légèrement. Les mouvements à elle imprimés se communiquent difficilement à l'utérus, la tumeur est mobile mais adhérente à l'utérus par un pédicule.

Diagnostic posé : grossesse dans la corne utérine rudimentaire d'un utérus bicorne unicol. Intervention : laparotomie, extirpation de la corne gravide. Guérison en treize jours.

OBSERVATION III (Hénault)

Mme G..., à Saint-Gilles, 34 ans, 1913.

Deux accouchements normaux : règles régulières et normales antérieurement. Depuis un an irrégulières, douloureuses ; douleurs vagues dans le côté droit du bas-ventre. Dernières règles datent de cinq mois : hémorragies, douleurs et pertes de membranes.

Le 19 mars 1913, à l'examen on trouva dans le Douglas et un peu à droite l'utérus.

Tumeur volumineuse à droite paraissant unie au col par un pédicule, une forte crête médiane existait au fond du vagin.

Diagnostic posé : semblable au précédent avec mort probable du fœtus.

Opération (incision de Pfannenstiel). Diagnostic reconnu exact, extirpation de la tumeur, hémorragie nulle. Guérison en douze jours.

OBSERVATION IV (1)

Mme V..., 32 ans, sans profession.

Père mort de tuberculose pulmonaire à 40 ans.

Mère morte de cancer du foie 48 ans. Frère mort de dysenterie et tuberculose à 22 ans.

Réglée à 11 ans : 5-6 jours avec avance de quatre jours, petites douleurs avant l'apparition.

Mariée à 25 ans (10 mai 1913). Pas de modification des règles.

Deux gestations :

Première gestation terminée par accouchement le 19 avril 1916 : enfant vivant présenté par le siège.

Deuxième gestation : terminée par accouchement en juillet 1919, enfant vivant siège décomplété mode des fesses. Retour des règles après cessation de l'allaitement.

Troisième gestation : celle étudiée.

Dernières règles du 31 mars au 3 avril 1920. La malade eut le 18 mai une métrorragie qui dura jusqu'au 28 mai, l'écoulement sanguin était aussi abondant que celui des règles habituelles, mais était plus foncé et contenait quelques caillots et débris de membranes (?).

1. Inédite prise dans le service de M. le P^r Couvelaire par MM. les D^{rs} Eudes et Rivière.

Le 2 août, la malade vient à la clinique Baudelocque où les constatations suivantes furent faites : adipeuse, insuffisance de la paroi abdominale, abdomen un peu augmenté de volume. Déchirure ancienne du périnée. Col gros, mou, entr'ouvert, oblique d'arrière en avant, de gauche à droite et de haut en bas.

A droite, masse du volume du poing, de consistance molle, paraissant être le corps de l'utérus.

A gauche : grosse masse, du volume d'une tête de fœtus à terme, mobile, non douloureuse, rénitente, irrégulière avec petit noyau dur à la partie postéro-inférieure.

Constipation. Température 37°5. Pouls 84.

On pense à l'existence d'un fibrome pédiculé chez une femme ayant eu récemment un début de gestation probablement arrêtée dans son évolution.

16 août. — Col gros, mou, entr'ouvert. L'utérus en latéro-flexion droite paraît moins volumineux que précédemment.

A gauche : persistance de la grosse masse mobile qui n'a pas changé de caractères.

Dans la nuit du 22 au 23 août, crise douloureuse localisée à gauche de l'abdomen, ventre tendu, douloureux, rendant la palpation et l'examen difficiles. Pas de garde-robes, pas de gaz. Facies grippé.

Le 23 et le 24, amélioration notable, le ventre est moins tendu, des gaz sont rendus.

Dans la nuit du 24 au 25, vomissements verts peu abondants, mais fréquents.

Le 26 août, examen de M. le professeur Couvelaire. Température et pouls normaux. Ventre souple : à gauche, tumeur pelvienne du volume d'une tête de fœtus à terme, légèrement

douloureuse à la pression, indépendante de l'utérus hypertrophié, de consistance mollassée avec col extrêmement mou, refoulé à droite.

Diagnostic. — Fibrome pédiculé tordu avec utérus peut-être gravide (rétention d'un œuf mort) ou gestation ectopique.

2 septembre. — Laparotomie, sous-anesthésie chloroformique (opérateur, M. le professeur Couvelaire, aide, Dr Eudes) : laparotomie médiane sous-ombilicale. On arrive immédiatement sur une tumeur lisse, recouverte de sang brunâtre. Extériorisation de la tumeur dont le pédicule était lâchement tordu de 45 degrés. Pincement, section et ligature du ligament rond et du pédicule tubo-ovarien gauche. Section du pédicule reliant la tumeur gauche à la partie moyenne du bord latéral gauche du corps utérin vide qui est à droite. Il n'y a pas de vaisseau important à ligaturer.

Suture de la plaie ainsi formée par un surjet au catgut n° 1.

Fermeture de la paroi en trois plans. Le lendemain, la malade présente un énorme ballonnement abdominal ; état nauséux permanent. pas d'ictère, distension gastrique, vomissements vert noirâtre, douleurs abdominales, état général mauvais, anxiété avec température 38°4 et pouls petit fréquent à 140.

Décubitus ventral et lavage de l'estomac firent tout rentrer dans l'ordre.

La convalescence s'acheva apyrétique sans incident nouveau, et la malade va très bien actuellement.

La pièce enlevée, tout entière pèse 635 grammes le fœtus a 29 centimètres de longueur et pèse 365 grammes. La longueur

du cordon est de 21 centimètres. Fœtus bien conformé.

Il s'agissait d'une gestation développée dans une corne rudimentaire avec torsion du pédicule.

L'examen microscopique histologique fait par le Dr Lièvre, chef du laboratoire de la clinique Baudelocque a montré que le pédicule est constitué par du tissu conjonctivo-musculaire avec prédominance nette du tissu musculaire.

Au milieu de ce tissu musculo-conjonctif on ne trouve aucune cavité qui puisse déceler l'existence d'un canal, aucun cordon fibreux qui témoigne de son oblitération.

CONCLUSIONS

I. La corne utérine rudimentaire ne communique pas en général avec le col.

II. La gestation implique en pareil cas, la migration transpéritonéale soit de l'ovule, soit du spermatozoïde, soit peut-être de l'un et de l'autre dans certains cas.

III. Si la muqueuse de la corne rudimentaire est bien développée, l'œuf se fixera selon le type utérin normal, si elle est insuffisante il se fixera selon le type tubaire.

IV. L'évolution de la gestation développée dans une corne rudimentaire n'est jamais normale (le fœtus ne pouvant être expulsé par les voies naturelles).

Les complications les plus fréquentes sont :

1° La torsion du pédicule du sac ;

2° La mort prématurée du fœtus aux quatrième et cinquième mois ;

3° La mort du fœtus à terme ou au voisinage du terme ;

Ces trois complications se compliquant elles-mêmes de la rétention du fœtus mort.

4° La rupture du sac fœtal qui est l'accident le plus fréquent. Elle survient aux troisième, quatrième, cinquième mois, c'est-à-dire plus tard que dans les gestations tubaires.

V. Le diagnostic précis est difficile dans les trois premiers mois, il devient plus facile vers le cinquième. L'essentiel est de déterminer le siège ectopique de l'œuf.

VI. Le traitement consistera dans l'ablation de la corne grvide par laparotomie. Ce traitement sera le plus souvent un traitement d'urgence en présence des accidents graves de rupture.

En l'absence d'accidents, si le diagnostic d'ailleurs difficile est fait, on pourra, le fœtus étant vivant, attendre qu'il soit suffisamment développé pour l'extraire.

Mais la femme sera placée dans des conditions telles qu'elle puisse être opérée en cas d'accident.

Le Doyen de la Faculté
ROGER

Le président de la thèse
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5164 21
